

ГЕПАТОЄЮНОСТОМІЯ – МЕТОД КОРЕКЦІЇ БІЛІАРНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У “НЕОПЕРАБЕЛЬНИХ” ХВОРИХ

*Кононенко М.Г., професор; Ситнік О.Л., асистент; Кащенко Л.Г.,
Бугайов В.І. – доценти; Пак В.Я., асистент; Лобода Ю.М., лікар-хірург
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології*

За період 1993 – 2006 рр. в хірургічних відділеннях Сумської міської клінічної лікарні №5 гепатоеюностомію виконано 11 пацієнтам віком від 56 до 76 років. Чоловіків було 3, жінок - 8.

Всі хворі скаржилися на жовтяницю шкіряних покривів, свербіж шкіри, ахолічний кал. Помірний біль в епігастральній та правій підреберній ділянках відмічали 10 чоловік. У 1 хворого жовтяниця не супроводжувалася больовим синдромом. Тривалість захворювання від появи жовтяниці до звернення за медичною допомогою складала від 1 тижня до 1 місяця. Гіпербілірубінемія була від 210,5 до 772,5 ммоль/л. Всі хворі мали супутню соматичну патологію. З'ясовували причину біліарної гіпертензії під час ультразвукового дослідження черевної порожнини - виражене (до 5 – 9 мм) розширення внутрішньопечінкових жовчних проток при нормальному (7 – 8 мм) діаметрі гепатикохоledоху.

Після підготовки протягом декількох днів хворих оперували. У всіх пацієнтів пухлина (рак підшлункової залози – у 4, рак жовчного міхура – у 2, рак позапечінкових жовчних шляхів – у 2, рак правої долі печінки – у 1, рак тіла шлунка – у 1) та хронічний запально – рубцевий процес (у 1) розпоширювався на ворота печінки. Після біопсії мобілізували ліву долю печінки і проводили її крайову резекцію на протязі 8 – 10 см і глибиною до 4 см. Гемостаз здійснювали обшиванням судин. Виявлені крупні (3 -5 мм) внутрішньопечінкові протоки катетеризували поліхлорвініловою трубкою відповідного діаметру, яку фіксували підшиваючи до стінки протоки. Крізь вікно в mesocolon проводили тонку кишку на довгій петлі і накладали двома рядами швів гепатоеюноанастомоз та міжкишковий анастомоз за Брауном. Замість заглушки, яка надто часто реканалізується, привідну петлю тонкої кишки пересікали, з пери тонізацією обох кукс, біля гепатоеюноанастомозу.

У оперованих хворих вже протягом першого тижня після гепатоеюностомії жовтяниця клінічно зменшувалася, а білірубінемія знижувалася в 2,5 – 3 рази в порівнянні з доопераційним рівнем.

Післяопераційні ускладнення спостерігали у 2 (18,2%) пацієнтів: неспроможність швів гепатоеюноанастомозу – у 1, інфільтрат черевної порожнини - у 1. Померли 3 (27,3%) пацієнти внаслідок декомпенсації тяжкої супутньої патології серцево-судинної системи (1); розпаду пухлини шлунка, ракової інтоксикації (1); гострої печінкової недостатності (1).

Таким чином, гепатоеюностомія є достатньо ефективним оперативним втручанням для усунення біліарної гіпертензії з блоком на рівні воріт печінки, коли виконання інших методик операцій технічно неможливе.